

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA
PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD IDENTIFICABLE INDIVIDUALMENTE**

***¿Qué pasa cuando usted no puede o está limitado temporalmente para participar en el
New Hampshire Employment Program (Programa de empleo de New Hampshire, NHEP)?***

Nos ha dicho que su salud o la salud de su familiar es un impedimento para su participación en NHEP, el programa de trabajo concebido para ayudarlo a prepararse y buscar empleo. Su proveedor de atención médica nos debe proporcionar la documentación sobre su enfermedad para poder determinar si no puede participar plenamente, parcialmente o totalmente en NHEP. Recibirá dos formularios importantes que le servirán de ayuda para esto:

1. Este formulario, el Formulario DFA 752A, *Autorización para divulgar información de salud protegida*, el que, con su permiso, nos permite recibir información médica de su(s) proveedores de atención médica; **y**
2. el Formulario DFA 752, *Declaración de aptitudes del médico/especialista clínico*, **O** Formulario DFA 752HH, *Declaración del médico/especialista clínico de atención necesaria al paciente para un integrante de la familia*, que su proveedor de atención médica debe completar y enviar directamente a la Unidad de Exención Médica (MEU, por sus siglas en inglés) para documentar su afección o la de su familiar. La información que su proveedor de atención médica ingresa en el Formulario DFA 752/752HH nos ayudará a determinar su capacidad para participar en NHEP o si otros programas pueden ayudar mejor a sus necesidades de asistencia sanitaria.

Usted debe firmar el Formulario DFA 752A y entregárselo a su(s) proveedor(es) de atención médica, mientras que el Formulario DFA 752/752HH lo debe llenar su proveedor de atención médica, que luego deberá enviarnoslo directamente a nosotros. Usted es responsable de asegurarse de que el Formulario DFA 752A y el Formulario DFA 752/752HH lleguen a su proveedor de atención médica. Si está solicitando o volviendo a solicitar Ayuda económica para familias necesitadas, el Formulario DFA 752/752HH se debe devolver en el plazo de 10 días de la fecha del aviso que concede su elegibilidad. De lo contrario, si ya participa en NHEP, debe continuar participando hasta que el Formulario DFA 752/752HH se devuelva y se tome una decisión respecto a su situación.

Lo que debe hacer:

- Si su estado de salud limita su participación en NHEP, revise y firme el Formulario DFA 752A. Sáquele una copia o guarde la hoja amarilla. Entregue a su proveedor de atención médica el Formulario DFA 752A original firmado y el Formulario DFA 752.
- Si el estado de salud de su familiar limita su participación en NHEP, haga que su familiar revise y firme el Formulario DFA 752A. Si el familiar es su hijo, puede revisar y firmar el Formulario DFA 752A en nombre de su hijo. Entregue a su proveedor de atención médica el Formulario DFA 752HH y el Formulario 752A original firmado.
- Envíe la copia del Formulario DFA 752A firmado a DFA, NH DHHS, 129 Pleasant Street, Brown Bldg, Concord, NH 03301-3857, Attn: Medical Exemption Unit (MEU).
- Informe a su proveedor de atención médica que debe devolvernos el Formulario DFA 752/752HH completado directamente a nosotros en el plazo de 10 días o a usted se le exigirá participar en actividades laborales.
- Háganos saber si tiene dificultad para lograr que su proveedor de atención médica complete el formulario.

Una vez que se compruebe que es elegible para recibir ayuda económica, se revisará su información médica, y en función de su situación médica, un especialista de nuestro departamento puede comunicarse con usted o con su médico para determinar si tiene alguna capacidad para participar en la diversidad de actividades y servicios que ofrece el NHEP. El especialista también puede identificar otros servicios que pueden ser de ayuda para la situación médica específica de su familia.

Si no recibimos el Formulario DFA 752/752HH completado directamente de su proveedor de atención médica, o su médico indica que puede participar en NHEP, recibirá una carta con la hora en que debe asistir a una cita obligatoria del NHEP. Si tiene alguna pregunta sobre este proceso, puede ponerse en contacto con la Unidad de Exención Médica (MEU, por sus siglas en inglés) llamando al 1-800-852-3345 Ext. 9511.

El pago de cualquier otro costo aparte por completar este formulario es responsabilidad del paciente. El Departamento de Salud y Servicios Humanos no pagará los costos solamente por completar los formularios médicos.

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA
PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD IDENTIFICABLE INDIVIDUALMENTE**

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE FANF, EL NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO (RID) Y EL NÚMERO DE CASO – ESCRIBA TAMBIÉN EN LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE DEL FAMILIAR SI LA FANF QUE RECLAMA LA PERSONA ES UNA EXENCIÓN MÉDICA POR CUIDAR A UN FAMILIAR.

Persona que recibe FANF:

N.º RID:

Nombre del familiar, si corresponde:

N.º de caso:

Por este medio autorizo el uso o divulgación de mi información de salud identificable individualmente como se describe a continuación. Entiendo que la información que autorizo que reciba una persona o entidad se puede volver a divulgar y ya no estará protegida por las normas de confidencialidad federales.

Esta autorización vence a los 12 meses de la fecha de la firma de este formulario

Personas/organizaciones autorizadas a usar y/o divulgar la información: Proveedor de atención médica

Personas/organizaciones autorizadas a recibir la información: Departamento de Salud y Servicios Humanos de New Hampshire (DHHS, por sus siglas en inglés), incluido el personal contratado.

Descripción específica de la información que se puede usar/divulgar: Información que especifique capacidades, entornos, actividades y/o limitaciones para participar en actividades relacionadas con el trabajo del Programa de empleo de New Hampshire (NHEP), como clases de preparación para el empleo, educación, formación profesional, capacitación práctica y empleo presente.

La información se usará/divulgará para los siguientes fines: La información se usará para determinar la capacidad de la persona para participar en actividades relacionadas con el trabajo disponibles a través de NHEP.

Entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmarla. Además, entiendo que mi negativa a firmar esta autorización puede dar como resultado que se determine que yo sea un participante obligatorio en el programa de trabajo NHEP. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito al DHHS. No obstante, la revocación no será válida si:

1. El DHHS ya tomó medidas en función de esta autorización, o
2. Esta autorización se obtiene como una condición para conseguir cobertura de seguro; otra ley da al asegurador el derecho de impugnar una reclamación en virtud de la póliza o la póliza misma.

Firme a continuación.

Firma del solicitante/beneficiario/familiar o representante autorizado

Fecha

Nombre en letra de imprenta del solicitante/beneficiario/familiar o representante autorizado

Si la persona que firma la autorización es un representante autorizado, adjunte la documentación legal correspondiente, como el Formulario DFA 778, Declaración del representante autorizado (AR).

For DHHS Use Only

If the individual signing this release is an authorized representative, your signature below certifies that you have verified the authorized representative's identity.

Signature/Title

Date